

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mars 1904 à 1 heure.

PAR

Fernand GAUTHIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du cancer de l'œsophage

Rôle du spasme

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. GAUCHER, professeur.

LETULLE, LEGRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
	}	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef. i	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. COCHEZ

Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine
d'Alger.

Témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour le savant et profitable enseignement que ce maître éminent nous a sans cesse prodigué.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. LANDOUZY

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ALGER ET DE L'HOPITAL CIVIL DE
MUSTAPHA

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A la fin de nos études médicales, à la veille de connaître toutes les joies mais aussi toutes les apprêts de notre profession, qu'il nous soit permis de rendre grâce à ceux qui nous ont aidé à mener nos études à bonne fin.

Toute notre reconnaissance, tout l'élan de notre cœur, va vers notre mère chérie et vénérée qui n'a reculé devant aucune peine, devant aucun sacrifice, qui s'est effacée sans cesse pour nous permettre d'augmenter nos connaissances et de parfaire notre éducation. Nous lui devons tout : ce ne sera pas assez de notre vie pour lui rendre en bonheur les bienfaits immenses reçus d'elle. Qu'elle soit ici assurée de notre amour filial.

Mais envers nos maîtres de l'Ecole de médecine d'Alger, et de l'Hôpital de Mustapha, nous avons aussi contracté de grandes dettes : nous leur devons ce que nous savons. Nous sommes heureux, que l'occasion nous soit aujourd'hui offerte de leur adresser nos remerciements respectueux pour leur précieux enseignement, pour les exemples qu'ils nous ont donnés et pour l'indulgence avec laquelle ils ont accueilli nos gaucheries d'élève et de débutant.

En les quittant nous nous éloignons à jamais de notre Internat. Nous y avons goûté les meilleurs moments de notre existence ; c'était l'époque de l'in-

souciance, de la gaité et du travail en commun!... Nous y laissons de bons camarades qui peuvent être certains que nous ne pourrons oublier les heures charmantes trop vite passées, au milieu d'eux.

De cette vie d'étude des amitiés durables sont nées. Que ceux avec qui nous avons été plus particulièrement liés, se reconnaissent dans ces lignes, qu'ils sachent bien que nous les aimons comme des frères, d'une affection que rien ne saurait affaiblir ni altérer. Nous prions M. le professeur Landouzy qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse d'agréer, l'expression de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du cancer de l'œsophage

Rôle du spasme

AVANT-PROPOS

Au cours de notre internat, à la clinique médicale de l'Ecole de médecine d'Alger, notre maître, M. le professeur Cochez, attira notre attention sur un point quelque peu délaissé du cancer de l'œsophage : il s'agissait du spasme se surajoutant au néoplasme, et en particulier de celui siégeant au niveau de l'extrémité supérieure.

Nous fûmes frappé de sa fréquence, de la valeur de son rôle, comme nous fûmes surpris de ne pas trouver cet élément, mieux étudié, mieux élucidé par les auteurs.

La part revenant à la contraction spasmodique superposée à une lésion organique du conduit œsophagien est pourtant connue ; mais elle est souvent mise de côté.

Dans les plus récents et les plus complets traités

classiques, elle ne fait l'objet que d'une simple et courte mention, de même que dans bon nombre de monographies dont nous avons entrepris la lecture pour conduire ce travail jusqu'à son terme.

Il nous a donc semblé que la question était un peu oubliée, quelque peu confuse : c'est alors que nous avons songé à la reprendre et à en faire le sujet de notre thèse.

Nous allons nous consacrer uniquement à l'étude de ce spasme.

Avant d'aller plus avant dans notre démonstration nous croyons qu'il sera bon de nous livrer à quelques considérations générales sur le cancer de l'œsophage.

Dans ce paragraphe, à la fin duquel nous exposerons le plan général de ce mémoire, nous apporterons des données nouvelles de statistique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le cancer de l'œsophage, disent beaucoup d'auteurs, est une affection d'une relative rareté. Il est de fait que dans les services hospitaliers il s'observe assez peu souvent.

D'après Tanchou, cité par Lacour (Thèse de Paris, 1885), on ne rencontrerait qu'un cas de néoplasme du conduit œsophagien sur 1800 cas de cancers.

Selon Zenker et Ziemmsen, on ne trouverait, sur 5079 autopsies, que 30 cas d'épithéliomas de l'œsophage. Ces données nous semblent un peu exagérées et nous avons voulu les vérifier par nous-mêmes : voici le résultat de nos recherches :

Notre maître, M. le professeur Cochez, estime que cette affection n'est pas aussi rare qu'on le prétend, puisqu'il a pu en étudier, en deux ans et six mois, six cas.

M. le Dr Le Noir, dans ses conférences de l'hôpital Saint-Antoine, a dit que sur 1385 malades, de clientèle privée, il n'a rencontré que quatre fois des signes de sténoses de l'œsophage, dont deux cas seulement étaient dus au cancer.

Dans son service hospitalier, sur 605 malades, tous des hommes, il n'a observé que deux cas de tumeurs épithéliales. Enfin à sa consultation de Saint-Antoine, M. le Dr Le Noir n'a remarqué que deux néoplasmes œsophagiens sur 83 consultants.

En ce qui nous concerne, nous avons relevé sur les registres de l'hôpital civil de Mustapha, tous les décès dus aux cancers durant une période de treize ans, et nous avons trouvé que sur 300 cas de carcinomes divers ayant entraîné la mort, il n'y a que 18 cancers de l'œsophage. Ces lésions œsophagiennes, siégeant toutes chez des hommes et surtout chez des européens. Nous n'avons pu trouver d'exemples de cette affection chez les Arabes. Disons en passant qu'on voit très rarement des indigènes venir se faire soigner à l'hôpital pour des néoplasmes.

Il découle des faits que nous venons de rapporter que le cancer du conduit œsophagien n'est pas extrêmement fréquent, sans être non plus d'une rareté excessive.

La prédominance pour le sexe masculin est un fait déjà signalé.

Pétri, à l'Institut anatomo-pathologique de Berlin, remarqua que sur 44 cas de cancers, il n'y avait que 3 femmes atteintes de la variété de tumeurs qui nous occupe.

Mackenzie rapporte une proportion de 71 sur 100.

Michel (de Nancy) a étudié 10 cas de cancers de l'œsophage uniquement sur des hommes. Nos observations, citées plus loin, se rapportent toutes à des tumeurs ayant évolué chez des malades du sexe masculin.

Est-il possible d'expliquer cette sorte de prédilection ?

On a invoqué plusieurs facteurs, en tête desquels il convient de ranger : l'alcoolisme et l'abus du tabac plus fréquents et plus répétés chez l'homme que chez la femme. Ce sont là des explications, satisfaisantes autant que séduisantes pour l'esprit, mais qui sont bien loin d'avoir subi une vérification rigoureuse : Acceptées par les uns, elles sont vivement combattues et même repoussées par les autres ; il faut cependant leur reconnaître le mérite d'ouvrir la voie à toute une catégorie d'investigations scientifiques.

Si le sexe possède une certaine importance sur le

développement du néoplasme œsophagien, l'âge n'a-t-il pas une influence sur son apparition ?

Le rôle de l'âge dans les carcinomes est connu et affirmé depuis les temps les plus reculés de la médecine : ce sont, nul ne l'ignore, des affections de la seconde moitié de la vie ; le cancer de l'œsophage n'échappe pas à cette loi, il apparaît dans l'âge mûr.

Des divergences, de peu d'importance d'ailleurs, existent sur ce point entre les auteurs. Les tumeurs qui nous intéressent se développeraient, selon M. le professeur S. Duplay, de 40 à 50 ans, tandis que, d'après Mackenzie, elles évolueraient le plus souvent entre 50 et 60 ans.

En outre du sexe et de l'âge est-il possible de trouver une étiologie ?

Comme pour toutes les néoplasies, on a voulu à propos du cancer du tube œsophagien, faire de l'hérédité un facteur d'une grande importance étiologique. Cette opinion est fort diversement reconnue et interprétée : certains la considèrent comme évidente : c'est l'avis de Boerhave, Morgagni, Portal, Boyer, Niquet, Rebullet, etc., etc. D'autres, comme Boas, Guelliot, Herbert Snow, la contestent et la mettent en doute.

On peut, en se basant sur les nombreuses discussions entamées à ce propos, dire que le rôle de l'hérédité bien qu'insuffisamment démontré, ne paraît pas étranger à l'évolution du carcinome. C'est là une proposition prudente qui a l'avantage de ne rien préjuger.

Existe-t-il d'autres causes pouvant déterminer le cancer de l'œsophage? Que de conflits a soulevé et soulèvera encore un tel problème! Il n'est pas près d'être résolu. Sa solution semble même chaque jour s'obscurcir davantage, chacun apportant des faits contradictoires d'où il est malaisé de tirer une conclusion ferme.

C'est qu'il est bien difficile d'assigner à un fait déterminé une valeur étiologique indéniable. Dans la majorité des cas, il est presque absolument impossible de retrouver la cause efficiente, vraie, scientifiquement exacte, malgré un interrogatoire des malades méthodiquement et minutieusement conduit : bien rares sont les circonstances où cela peut se faire.

L'alcoolisme agirait en diminuant l'organisme. C'est le rôle qu'il joue dans toutes les affections, peut-être si l'on admet les idées de Bard, vient-il favoriser, l'éclosion de germes antérieurement reçus. On a signalé les ulcérations préalables des parois œsophagiennes par des agents variés ; tels que des liquides caustiques ingérés par mégarde ou par suicide, des boissons trop chaudes. On a également observé un exemple de cancer se greffant sur des ulcérations des tuniques de l'œsophage consécutives à un rétrécissement cicatriciel.

L'abus du tabac, on l'a vu plus haut aurait une certaine valeur, puisque l'on trouve une affection néoplasique de la bouche qu'on appelle à tort ou à raison « le cancer des fumeurs ».

Quelques auteurs, comme M. Arnaudet, cherchant

à expliquer la fréquence des cancers dans certains pays, invoquent : la mauvaise qualité des eaux de boissons : « l'eau, dit M. Manichon (Thèse de Paris 1896), est comme pour la fièvre typhoïde le véhicule ordinaire du germe cancéreux ». Cela nous paraît une hypothèse fort curieuse, mais un peu hardie. Etant donné l'état actuel de la science à ce sujet il ne nous semble pas facile, de démêler quelle est la part d'erreur et de vérité qui revient à chacune de ces théories. Il convient en ce qui concerne l'étiologie de se montrer fort réservé et fort prudent, avant d'accepter un fait comme évident.

Le cancer de l'œsophage, débute généralement d'une façon brusque, d'autrefois au contraire, la maladie est latente, elle « couve » en quelque sorte puis, à la suite d'une cause banale, comme un effort, une angine, elle éclate et évolue. Ainsi que nous le démontrerons au cours de cette thèse c'est bien souvent à un spasme qu'il faut attribuer cette soudaineté dans le début.

Dans ce rapide aperçu général, il ne nous reste pour terminer qu'à envisager le siège que la tuméfaction occupe le long de l'œsophage, sa nature anatomo-pathologique, son évolution, et les fréquentes complications auxquelles elle donne lieu.

Quel est le point du conduit, le plus ordinairement atteint par le processus néoplasique ?

Quantité de controverses existent à ce sujet. Nous appuyant sur nos observations, nous pouvons dire, que le lieu d'élection habituel du cancer, serait à

l'union de la portion cervicale, avec la portion thoracique : c'est-à-dire, aux tiers moyen. C'est l'opinion de Michel, de Guyon. On a rapporté des observations de tumeurs développées au tiers inférieur de l'œsophage. On a cité des cas où le cancer se rencontrait au niveau de l'extrémité supérieure. Il faut ce souvenir que ce sont là bien souvent, des affections de propagation : en effet un néoplasme du pharynx peut envahir l'orifice d'entrée de l'œsophage, de même qu'un carcinome de l'estomac, peut s'étendre vers le canal.

Quant à la forme microscopique, si l'on en croit Zenker et Ziemmsen, Rindfleisch et Zeigler, ce serait le plus souvent un épithélioma pavimenteux. Affirmation trop exclusive, puisque Charles Robin, et Hanot, ont étudié un exemple d'épithélioma cylindrique développé aux dépens des glandes de l'œsophage. Des observations analogues avaient déjà été faites, dès 1891, par MM. Chavannes et Sabrazes. On a encore décrit des carcinomes squirrheux, encéphaloïdes etc.

L'évolution du cancer œsophagien est rapide. Beaucoup d'auteurs s'accordent à reconnaître qu'elle se fait en général, en une année « la mort, dit « M. Hartmann (1) arrive par défaut d'alimentation, « par cachexie, et survient au moment où le poids « du corps, s'est réduit de 40 pour cent...

M. Cochez, nous a dit, bien des fois que par l'ad-

1. Hartmann. In *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de S. Duplay et Reclus.

jonction à la lésion maligne d'un élément particulier, le spasme, dont nous avons fait entrevoir la possibilité, cette évolution, est précipitée; elle se ferait alors en six mois et même en moins de temps. Plus loin, nous verrons comment intervient ce spasme et la part qui lui revient dans l'aggravation de l'état général et du pronostic, si sombre déjà.

Pour être complet dans cet aperçu d'ensemble sur les tumeurs épithéliales de l'œsophage, il nous faut ajouter, qu'elles créent de redoutables complications en ulcérant par extension de leur processus, les organes importants qui contractent des rapports avec ce conduit. Ce sont les fistules mettant en communication avec l'œsophage; les bronches, la trachée, l'aorte, les poumons et les plèvres. Signalons, chemin faisant, la propagation possible au larynx, au corps thyroïde, etc.

Ces notions une fois posées, nous n'allons plus envisager que le spasme dans ses rapports avec les néoplasmes œsophagiens.

Dans cet exposé nous adopterons, la marche suivante:

Le chapitre premier, sera consacré à l'historique: Nous étudierons certains points de l'anatomie et de la physiologie de l'œsophage. Nous tenterons un essai de pathogénie, puis nous chercherons parmi les symptômes du cancer, ceux qui peuvent ressortir du spasme. Nous fournirons des observations. Enfin dans un dernier paragraphe nous examinerons les moyens de diagnostic nécessaires au praticien, et de ces faits nous tâcherons de dégager une conclusion pratique.

CHAPITRE I

Historique

Nous allons, à cette place, passer en revue les divers travaux qui ont été publiés sur le spasme de l'œsophage.

Depuis longtemps, on sait que ce conduit musculo-membraneux, peut sous l'influence de multiples causes contracter ses parois au point de rendre, indépendamment de toute lésion, l'alimentation difficile si non impossible.

Hippocrate, en effet, au chapitre XII, du livre III, de son « De morbis » mentionne la dysphagie parmi les symptômes qui accompagnent le tétanos. Galien (Opér. I, t. VIII, page 334) indique, malheureusement sans préciser rigoureusement, un spasme qui serait dû à des tumeurs ayant pris naissance dans le voisinage du tube digestif.

Celse signale la contracture de l'œsophage consécutive à la morsure des chiens enragés.

En 1865, Willis dans un travail intitulé : « *Opera*

omnia de morbis convulsivis, chap. X) ne note que le rétrécissement spasmodique capable d'exister chez des hystériques.

Chez les anciens, il semble donc que la notion de la coarctation spasmodique du conduit œsophagien, existe, mais à l'état confus ; rien n'est précisé dans leurs écrits.

Il faut arriver au XVIII^e siècle pour trouver un auteur, Frédéric Hoffman, qui après une observation sagace, et une étude bien conduite, tâche d'éclairer ce sujet d'un jour meilleur. Dans deux dissertations ayant pour titre : *De morbis œsophagi spasmodicis*, 1733 et « *de spasmo gulæ inferioris et de nausea*, 1733 », Hoffman, a le mérite de rechercher les causes susceptibles d'engendrer des sténoses spasmodiques et de différencier le spasme idiopathique, du spasme symptomatique, consécutif à une lésion organique. Il est regrettable, qu'il ne définisse pas bien ce dernier, il ne fait que l'entrevoir, l'explication lui en paraît malaisée ; il ne lui reconnaît qu'une étiologie unique : la compression par des tumeurs avoisinantes.

Morgagni (*De sedibus et causis morborum, epistola* XXVII, p. 14) envisage les contractures sympathiques du canal œsophagien. Il les rend tributaires, entre autres causes de lésions des parois du conduit de celles de l'estomac et des organes proches du tube digestif.

Ainsi, peu à peu se fait la lumière dans l'esprit de ces vieux médecins. La vérité se dégage de toutes

les notions obscures et éparses qui avaient existé antérieurement.

Courant (*De Nonnulis morbis œsophagi convulsivis* Th. Monsp. 1778) et Pfeiderer (*Dissertatio de dysphagia Lusoria* 1806) parlent des spasmes d'origine nerveuse en rapport avec une affection de voisinage, ou résultant d'anomalies anatomiques.

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (1814, t. X, art. *Dysphagie*) Jourdan résume la question. Il s'occupe des spasmes d'origine symptomatique, en fait une étude suffisamment détaillée, laissant de de côté, à dessein, les rétrécissements plus ou moins passagers, sans altérations apparentes du conduit ou des organes rapprochés, et qui sont attribués avec juste raison au nervosisme.

Les travaux se succèdent, se multiplient : la voie est désormais ouverte aux chercheurs. Citons, en les nommant, les publications de Paletta, de Home, de Flechter. Il n'existait pas encore de vue d'ensemble, la question n'était pas au point, une certaine confusion régnait encore.

C'est Mondières, qui eut l'honneur de rassembler tous les matériaux, tous les nombreux éléments qui étaient ça et là dispersés dans la littérature médicale. Il donna une étude complète en décrivant avec un grand luxe de détails les divers spasmes de l'œsophage. C'est dans les *Archives générales de médecine* de 1831 à 1833, qu'on trouvera ses intéressants articles auxquels on a peu ajouté depuis leur publication.

Ayant remarqué, que des appellations variées et nombreuses, étaient capables de jeter le trouble dans les esprits, Mondières créa le mot « œsophagisme », ce terme nouveau était venu à temps remplacer les vieux qualificatifs : « de Angina convulsiva, dysphagia lusovia » ; depuis les auteurs avaient la tendance fâcheuse, de résumer dans le mot dysphagie toutes les lésions de l'œsophage : l'œsophagisme vint à temps dissiper ces erreurs, c'est, dit Mondières : « une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien et pouvant « produire une dysphagie absolue ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides. « tantôt ce spasme est borné au pharynx, tantôt, il « occupe en même temps les deux conduits ».

Mondières, cherche à expliquer ces spasmes. Il tente une explication pathogénique, très plausible.

Après lui Gendron (*Journal des connaissances médico-chirurgicales* 1857, et *Archives générales de médecine* 1858) étudie le rétrécissement œsophagien à l'aide du cathétérisme ; il fit en outre des recherches sur la dysphagie.

En Allemagne nombre d'auteurs se consacrent à ce sujet, tels sont : Sam Voguel, Hamburger ; en Angleterre, citons les ouvrages de : Morell-Mackenzie, de Power, de Hyde Saltier.

En France, nous possédons la thèse de Folin présentée pour le concours d'Agrégation (1853), et les conférences cliniques faites de 1861 à 1862, à la Pitié, par Béhier.

Vers 1864 Bournelot-Beaulieu, envisage les rétrécissements organiques et Mansière dans sa thèse (Paris 1865) donne des sténoses de l'œsophage, une excellente description symptomatique, mais le rôle du spasme y est à peine indiqué.

L'étude de cette question, jusque-là très active, semble se ralentir : comme si elle était parfaitement et complètement élucidée. Les travaux paraissent peu nombreux : c'est surtout les indications opératoires et les différents modes d'intervention qu'on a en vue et qui semblent intéresser le plus. Le rôle du spasme ne devient plus qu'un rôle de deuxième plan.

Nous devons à Bernheim (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* 2^e série, t. XIV, seconde partie), un article fort intéressant, très documenté où la question du spasme surajouté au cancer est seulement posée.

Déroïde (Th. de Lille 1879), à propos d'un cas d'œsophagisme cherche, en une originale étude, à localiser les différentes variétés de rétrécissements. Selon lui, la sténose et spasmodique siégerait toujours à la partie inférieure du conduit, là où les fibres deviennent plus nombreuses et plus serrées, là où elles se condensent pour former une ébauche de sphincter diaphragmatique auquel on a voulu donner le nom de Rouget. Le spasme, serait dû à la contraction désordonnée de ces fibres. A la partie supérieure, on rencontrerait des sténoses cicatricielles presque exclusivement, et pour expliquer cette localisation, Déroïde invoque la raison suivante : les

liquides caustiques ne descendent pas bien bas, ils s'arrêtent à l'orifice d'entrée, car ils sont immédiatement rejetés par un réflexe que provoque leur action irritative. A la partie moyenne existeraient les sténoses cancéreuses ou autres.

Dans cette thèse le rôle du spasme symptomatique n'est qu'ébauché. Quant aux localisations proposées, elles ne sont pas toujours vérifiées par la clinique, nombre de faits viennent les refuter.

G. Marchand (Thèse Paris 1880), fait l'étude des néoplasmes de l'œsophage surtout en ce qui concerne la douleur qu'ils provoquent : s'arrête cependant à envisager le spasme et en rapporte une intéressante observation qui sera reproduite dans le cours de ce mémoire.

Duponchelle (Thèse de Lille 1884), tout en combattant les idées de Dérôide, étudie la physiologie de la déglutition, parle des tumeurs malignes de l'œsophage, et consacre quelques lignes au rétrécissement réflexe et symptomatique.

Nous tenons à signaler dans cet aperçu historique l'excellent travail du Dr Ludovic Bertrin (Th. Paris 1885). L'auteur y envisage les rapports de l'œsophagisme avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

G. Barral (Thèse Paris 1885-86), s'occupe des variétés de rétrécissement de l'œsophage, examine les contractures spasmodiques, ainsi que le rôle qu'elles jouent dans le cancer.

Comme indiquant simplement le spasme, nom-

mons, les titres de thèses de D'Emmery Decharmoy (Paris 1885-86) *Du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine* et de Léon Munier (Bordeaux 1898, *Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic du cancer de l'œsophage* ».

Verneuil a montré la valeur du rôle que peut jouer l'élément spasmodique dans les rétrécissements cancéreux.

Dans beaucoup de nos auteurs classiques, nous trouvons le spasme mentionné, mais nullement étudié. On n'y indique, ni sa fréquence, ni son siège, on fait bien entrevoir qu'il peut entraîner la précipitation des accidents.

M. Hartmann, dans le *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. S. Duplay et Reclus, nous dit : « Le spasme joue un grand rôle dans la production de la dysphagie comme le prouve ce fait que souvent chez un malade en proie à une dysphagie on peut passer des sondes assez grosses. »

M. Forgue dans son admirable *Précis de pathologie interne*, signale la possibilité du spasme dans le cancer de l'œsophage, note sa fréquence, et autant que son cadre restreint le lui permet, il esquisse l'étude des dangers d'inanition qu'il peut faire courir au malade.

M. Gangolfe, dans le *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, se préoccupe du rôle du resserrement réflexe consécutif à une tumeur, mais il passe sous silence sa localisation et sa fréquence.

M. le professeur Duplay (*Clinique chirurgicale de*

l'Hôtel-Dieu, Paris 1900) ne parle pas du spasme surajouté au cancer de l'œsophage.

Dans la dernière édition (1904) de son *Traité de pathologie interne* M. le professeur Dieulafoy, dit simplement que le « *spasme de l'œsophage* joue un « grand rôle dans les troubles de *dysphagie* même « quand il s'agit de lésions organiques ».

En résumé, nous pouvons dire que cet élément spasmodique, conditionné par le néoplasme est considéré comme un symptôme de peu d'importance puisqu'on se contente de le mentionner sans l'étudier. On le connaît, on sait qu'il existe, dans les entretiens au lit du malade on en parle, comme d'une notion déjà acquise, et nous venons de voir que les ouvrages sur cette question sont peu nombreux.

Tels sont rapidement cités les principaux travaux, qui ont traité ce sujet, la liste en est forcément incomplète, car nous n'avons pas voulu prolonger outre mesure cette fastidieuse énumération. On trouvera dans notre Index bibliographique les titres des publications que nous n'avons pu rapporter ici.

CHAPITRE II

De quelques considérations anatomiques.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce chapitre, de nous livrer à une étude complète et approfondie de l'anatomie de l'œsophage. Cette question est trop connue, elle existe en entier, très approfondie, dans tous les ouvrages ; elle est présente, au moins dans ses grandes lignes, dans l'esprit de chacun. Nous voulons simplement attirer l'attention sur quelques particularités de la forme, de la structure, du fonctionnement du conduit œsophagien. Nous pensons que ces points seront plus tard utiles à notre démonstration.

Le calibre de l'œsophage est loin d'être égal dans toutes ses parties : il y a des portions qui sont normalement étranglées.

On se souvient que c'est un élève de M. le professeur Tillaux, le D^r Mouton, qui étudia dans sa thèse (Paris 1874) ce détail anatomique.

Sur le cadavre, vu en place, ou mieux retiré du

thorax et étalé sur la table d'autopsie, le tube œsophagien se présente sous la forme d'un conduit musculieux assez régulier, légèrement aplati d'avant en arrière. Les rétrécissements physiologiques que nous avons fait soupçonner plus haut ne s'y reconnaissent pas. Ils sont mis en évidence, par l'artifice qu'imaginale Dr Mouton. Par l'estomac préalablement ouvert, il coula du plâtre et obtint ainsi le moulage bien connu qu'une gravure du *Traité d'Anatomie* du professeur Tillaux reproduit.

Morosow utilisa le même procédé.

Sur ces pièces, on constate que l'œsophage a un aspect légèrement moniliforme. Des points rétrécis alternent avec des segments dilatés.

On distingue quatre portions étranglées, qui ont reçu le nom des organes au voisinage desquels ils se trouvent :

1° Le rétrécissement cricoïdien, qu'on rencontre dès l'orifice supérieur de l'œsophage ; aplati d'avant en arrière et mesurant, selon Jonnesco, auquel nous empruntons ces dimensions, 23 mm. sagittalement et 17 mm. transversalement. Il est dû selon Duponchelle (*loc. cit.*), à un « anneau musculaire, qui s'attache au cartilage cricoïde dont il suit tous les mouvements auquel Chaussier a donné le nom de crico-œsophagien. Verneuil s'est assuré que cet anneau, « qui sépare si bien le pharynx de l'œsophage, correspondait, sur un cadavre placé dans le décubitus horizontal, à une ligne qui passerait par le « tubercule carotidien de la sixième vertèbre cer-

« vicale, partant de cette vertèbre ; mais cette position varie dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête ».

2° A six ou sept centimètres plus bas on trouve le rétrécissement aortique. Il répond à la crosse de l'aorte et à la quatrième vertèbre dorsale, comme repère osseux. Disons, en passant, que c'est le plus important, celui qui doit être toujours présent à la mémoire des médecins cathétérisant l'œsophage ; car il constitue par ses connexions un détroit dangereux. Ses mesures sont 24 millimètres dans le sens sagittal et 19 milimètres dans le sens transversal.

3° Immédiatement au dessous siège le rétrécissement bronchique constitué par l'empreinte de la bronche gauche. Il répond à la cinquième vertèbre dorsale. C'est un sillon oblique en bas et à gauche, il a 25 millimètres et 26 milimètres sagitalement et transversalement ;

4° Au-dessus du diaphragme, il existe une portion étranglée et qu'on désigne improprement sous le nom de rétrécissement sus-diaphragmatique. M. le professeur Tillaux ne décrit que trois segments rétrécis : Celui que nous venons de citer dépend selon lui : « non des tuniques œsophagiennes elles-mêmes, « mais de la compression exercée par les fibres musculaires du diaphragme à travers lesquelles passe « le conduit, comme un véritable canal, si bien que « celles-ci enlevées, le rétrécissement disparaît ».

Aux parties resserrées, correspondent des segments dilatés, fusiformes, qu'on désigne par l'assem-

blage des noms des deux étranglements qu'ils séparent : c'est ainsi qu'on aura :

1° La dilatation inter-crico-aortique, s'étendant de la septième cervicale à la troisième dorsale. Il mesure dans son diamètre moyen 26 à 27 millimètres ;

2° L'inter-aortico-bronchique qui va de la quatrième à la cinquième dorsale. Dimensions : 26 à 27 millimètres ;

3° La dilatation inter-broncho-diaphragmatique qui commence à la cinquième dorsale pour se terminer à la huitième. Cette portion a 30 millimètres dans tous les sens ;

Il y a un quatrième espace dilaté. On l'a appelé : la dilatation inter-phrénico-gastrique. J'onnesco la compare à un entonnoir.

En ce qui concerne la musculature de l'œsophage, elle est faite de fibres lisses et de fibres striées. Dans sa partie supérieure, sur une longueur de 4 à 5 centimètres, il ne possède que du muscle strié qui finit par se mélanger plus bas aux fibres lisses. La direction de ces faisceaux musculaires est circulaire et longitudinale à la partie faisant suite au pharynx, à l'orifice inférieur, les muscles des parois se condensent, il s'y mêle des faisceaux très grêles venus du diaphragme (muscles phréno-œsophagiens). On a ainsi une ébauche de ce sphincter diaphragmatique si puissant chez les ruminants.

Quant à l'innervation, elle relève de plusieurs origines. Elle est fournie : pour la portion cervicale

par les nerfs laryngés inférieurs et récurrents et le sympathique cervical : pour les portions thoracique et abdominale par le pneumogastrique et la partie du sympathique correspondante.

« Dans l'épaisseur de la tunique musculaire, les
« nerfs forment un plexus analogue au plexus mésentérique d'Auerbach, muni de nodules ganglionnaires. Le plexus œsophagien diffère du plexus intestinal par la présence de fibres à myéline qui manquent à ce dernier. Ces plexus seraient en rapport avec le bulbe par des nerfs, notamment par le « nerf vague » (Jonnesco).

Comme physiologie disons, avec Bernheim « que la déglutition est un acte réflexe : l'excitation portée par le bol sur la périphérie des nerfs sensibles de la muqueuse est transmise au bulbe et renvoyée par les filets centrifuges du nerf vague au plexus ganglionnaire qui déterminent une contraction péristaltique du tube : l'action directe sur l'œsophage, l'excitation du nerf vague, produisent une contraction de même nature.

« D'après Goltz, l'action de la moelle allongée sur la musculature de l'œsophage serait une action modératrice. En supprimant cette influence par destruction du cerveau et de la moelle, ou par section du nerf vague, le physiologiste allemand a vu chez des grenouilles une contracture de l'œsophage et de l'estomac survenir et persister durant plusieurs heures ; une excitation très forte, portée sur d'autres nerfs centripètes éloignés, par exemple,

« les nerfs sciatiques, des nerfs des anses intestina-
« les isolées, etc., donnerait lieu au même phéno-
« mène : d'où, il conclut que les plexus intrinsèques
« de l'œsophage, à l'exemple des ganglions cardia-
« ques subissent, de par l'influence spinale une dimi-
« nution d'excitabilité ; cette influence supprimée,
« l'excitabilité des plexus s'accroît au point que des
« excitations minimes, même non perceptibles, suffi-
« sent à tétaniser les muscles. »

Nous avons voulu rapporter cette hypothèse comme un fait de physiologie expérimentale. Peut-elle s'appliquer à l'homme ? Il faudrait de nouvelles recherches pour répondre. C'est pour cette raison que nous l'avons mise dans cette partie de notre travail et non au chapitre traitant de la pathogénie du spasme. Nous avons craint, l'ayant trouvé trop séduisante, de nous laisser entraîner et égarer par son attrait.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Au chapitre qui précède, nous avons essayé de retracer des données anatomiques dont nous allons maintenant retrouver l'utilité.

Dans ce paragraphe nous tenterons un essai de pathogénie pour chercher à expliquer, de notre mieux, cet élément venant se surajouter au cancer de l'œsophage.

Sur quels points du conduit ce spasme peut-il se rencontrer ? Y a-t-il des lieux d'élection ? A quels facteurs peut-il être imputé ? Telles sont les questions auxquelles nous devons répondre. A ce propos voici ce que dit Ludovic Bertrin (Thèse Paris, 1885) :
« Le spasme, peut siéger indifféremment sur toutes
« les parties de l'œsophage : tantôt, il se produit à
« l'endroit même qui est le siège de l'altération et se
« présente alors comme un élément nouveau qui
« vient s'ajouter à la lésion première ; c'est ce qui
« explique les alternatives de constriction et de

« relâchement qu'on observe dans certains rétrécissements organiques et qu'on ne saurait raisonnablement attribuer au cathétérisme. D'autres fois, au contraire, le spasme se produit plus ou moins loin de la partie lésée ; c'est ce qu'on explique en disant que la partie éloignée est en sympathie avec l'autre ».

Telle est l'opinion de Bertrin ; nous ne la partageons pas entièrement. A notre avis, le spasme dans les lésions néoplasiques des parois œsophagiennes, ne siège pas au hasard le long du conduit. Il est d'origine sympathique, réflexe, et occupera des segments qui par leur situation, et leur constitution anatomique peuvent être le plus et le mieux le point de départ de contractions spasmodiques.

Ces segments se trouveront aux deux extrémités supérieure et inférieure de l'œsophage ; ou en d'autres termes dans un cas de néoplasme de la partie moyenne du conduit, il y aura spasme à distance de l'une ou de l'autre de ses parties terminales. Nous avons vu que ce sont là les deux portions les plus actives du conduit, et que d'autre part elles sont déjà normalement rétrécies.

La contracture de l'extrémité inférieure est assez rare. On en possède cependant quelques exemples probants. Quant à celle qui étrangle la portion supérieure, c'est de beaucoup la plus fréquente, nous serions même tentés de la considérer comme constante dans tout cancer occupant, comme c'est pres-

que la règle, la partie moyenne du tube œsophagien.

Du fait du cancer, le conduit est enflammé ; il en résulte, un trouble dans l'innervation, car les nerfs peuvent participer à cette inflammation, « une influence qui se transmet au bulbe par l'irritation des « nerfs sensibles périphériques » (Bernheim) ce qui se traduit par un désordre de la contraction musculaire. On explique ainsi, le spasme sans avoir besoin de supposer que l'œsophage se trouve séparé par des troubles nerveux du centre modérateur, hypothétique, de Goltz.

Cette action du système nerveux, jadis, fut entrevue par Mondières. Le savant médecin de Loudun, pensait que les filets d'épanouissement des nerfs, participaient à l'irritation des parois de l'œsophage, où bien qu'une névrite chronique venait causer une perturbation dans l'innervation et les mouvements du canal.

Nous trouvons, dans la pathologie des organes creux de nombreux exemples analogues (1). Dans certaines affections de la vessie, ne voyons-nous pas une cystite déterminer un spasme de la portion membraneuse de l'urèthre ? Un rétrécissement de la partie pénienne n'amène-t-il pas une contraction spasmodique du segment situé au dessus du point sténosé et que la bougie exploratrice met bien en évidence ? Une fis-

1. Berrez (Thèse Paris 1888) montra que le spasme existe dans l'ulcère simple de l'œsophage.

sure à l'anus, provoque la contraction du sphincter, etc., etc. Pourquoi l'œsophage échapperait-il à cette règle ?

Tout nous prouve qu'il y participe, mais certaines particularités de sa structure, le font réagir d'une façon spéciale.

Si le spasme, existe plus souvent à la partie supérieure, c'est parce que, nous le répétons, les mouvements y sont normalement très actifs, et qu'ils sont solidaires de ceux du pharynx dont la musculature s'épuise et se confond avec la portion précitée. Or le pharynx dans une certaine mesure participe aussi aux troubles d'innervation du segment initial de l'œsophage, et s'il y a contracture des fibres musculaires de l'orifice d'entrée, il y a aussi resserrement réflexe du pharynx ; il y a spasme pharyngo-œsophagien.

On pourra nous objecter, que c'est un phénomène normal, physiologique, nous ne le pensons pas : pendant que nous étions sous l'influence des idées de cette thèse, nous avons été amenés par les exigences de nos fonctions d'interne, à pratiquer plusieurs fois le cathétérisme de l'œsophage chez des malades atteints d'affections autres que le cancer de ce conduit : c'étaient des tuberculeux arrivés au terme ultime de leur affection et qu'il fallait graver à l'aide de la sonde, d'autres fois, il s'agissait de dyspeptiques à qui nous devions laver l'estomac, enfin, c'étaient des patients dont il fallait prélever, le suc gastrique, etc, dans aucun cas, notre instrument ne fut arrêté dès l'entrée.

Nous sommes d'ailleurs encouragés dans cette conception par ce que nous avons pu observer auprès de nos malades et par ce que nos lectures entreprises à ce sujet, nous ont appris.

Dans ce qui va suivre nous allons tâcher d'expliquer par des raisons anatomo-physiologiques, la fréquence de ces localisations.

Il faut, nous rapportant, à ce qui a été dit précédemment, nous souvenir que parmi les points normalement étranglés du conduit véhecteur du bol alimentaire, il y en a deux, qui se rencontrent aux deux points extrêmes, et qui sont englobées, enserrées, dans des fibres musculaires lisses ou striées fort puissantes. De plus, il importe de savoir que dans l'acte de la déglutition, la contraction des segments supérieurs, est énergique et rapide, tandis que celle des deux tiers inférieurs, est un peu molle ; elle procède par ondes péristaltiques.

Au cardia que se passe-t-il ? On va trouver là une série de phénomènes particuliers, que Ranvier a groupé en une quatrième phase de la déglutition, qu'il a appelée ; le temps cardiaque. Schiff avait déjà démontré que l'orifice inférieur, était le siège de mouvements actifs et constants, consistant en contractions et relâchements successifs : c'est ce que M. Hédon a si pittoresquement imagé en disant : « que la porte stomacale est alternativement ouverte ou fermée ».

Voilà les renseignements que nous fournit l'état normal, points rétrécis, sur l'étendu du conduit, dont deux situés aux extrémités, munis d'une muscu-

lature vigoureuse et qui sont le siège de mouvements fréquents. A ces données ajoutons que la déglutition normale est un réflexe, nous l'avons vu, que des ganglions moteurs propres à l'œsophage existent dans ses tuniques et qu'il est en relation avec les centres nerveux par des fibres centripètes et centrifuges.

Or à l'état pathologique, que va-t-il se passer ? une exagération de ce qui existe normalement. Nous allons le démontrer :

Supposons qu'une lésion survienne en un point quelconque du trajet de l'œsophage, dans la plupart des cas, par action sympathique, le conduit va se contracter spasmodiquement, son calibre diminuera sur toute son étendue, et comme il existe des portions resserrées, la striction normale s'exagérera au point de créer en dehors de toute tumeur un obstacle très appréciable.

Ainsi va se trouver constitué ce que Peter appelait, une « folie de l'œsophage » et qu'il attribuait avec justesse à ce que « les muscles circulaires se contractent d'une façon incorrecte ou désordonnée, de manière à déterminer le rétrécissement du conduit une véritable crampe de l'œsophage ».

Nous pensons, dans le cas qui nous occupe que cette « crampe » existe aux parties terminales, nous le verrons plus loin.

Mais en dehors de ces causes constitutionnelles, si l'on peut dire, il en est d'autres qui venues du dehors, provoquent et exaltent ce spasme.

L'orifice supérieur de par sa position ne saurait leur échapper.

On sait, que certains aliments, causent une impression déterminée sur les parois œsophagiennes amenant la stricture du canal par réflexe ; les boissons alcooliques, les liquides froids peuvent être la cause de la contracture. Cela est connu depuis fort longtemps puisque Hoffinan avait pu écrire : « *Præsertim, potibus frigidis obex, quasi in iisdem regionibus videtur positus, majorque insequi observatur eorum haustum constrictio : colade vero : potus sæpenumero, absque ullo impedimento, canalem illum pervadere et ventriculum ingredi percipiuntur.* »

C'est donc : par un point normalement retréci, par la forte musculature, par le siège, qu'on peut expliquer cette prédominance du spasme à la partie supérieure de l'œsophage.

Ces raisons, peuvent s'appliquer à l'extrémité inférieure, et si la constriction ne s'y produit pas plus souvent, c'est tout simplement parce que le bol alimentaire rejeté par la sténose réflexe de l'entrée, n'arrive pas jusqu'à elle.

Quant aux points aortiques et bronchiques, ils sont rarement le siège de spasmes car ils sont presque toujours envahis par le néoplasme, et nous ne pouvons admettre, qu'une tumeur qui laisse perméable le conduit œsophagien, dont elle épaisse, désorganise, les parois qui deviennent si peu extensibles qu'un rien suffit à les déchirer, soit capable de

se contracter et de se relâcher alternativement au point de constituer les rémissions que nous avons pu observer.

Nous en voulons comme preuve l'observation VII. Nous y remarquons que malgré l'envahissement par un carcinome, la partie supérieure est restée perméable, qu'elle a laissé passer sans se contracter une sonde exploratrice qui a suivi le trajet du conduit jusqu'au segment inférieur où un spasme l'arrêta.

Pour nous une tumeur en un point de l'œsophage, constitue un espace mort par où le bol alimentaire ne peut cheminer que grâce aux ondulations péristaltiques qui s'exercent au dessus et au dessous de la néoplasie. Mosso, a démontré expérimentalement qu'une ligature n'arrête pas les mouvements de l'œsophage.

Cette tumeur constitue un obstacle, qu'un effort musculaire constant du conduit animé cherche à expulser; il en résulte, une lutte entre l'obstacle immovible et les muscles œsophagiens, une sorte de tétanisation de la partie supérieure épuisée par l'effort, mais cette tétanisation ne sera pas constante, il arrivera un moment où les muscles finiront par se relâcher, pour recommencer ensuite, dans un temps plus ou moins long. Ainsi pourraient s'expliquer les rémissions que présente la dysphagie.

Telles sont les explications que nous osons proposer. Elles nous paraissent admissibles, puisqu'elles ne sont pas contraires aux faits cliniques ni aux données anatomo-physiologiques.

CHAPITRE III

De quelques considérations de symptomatologie.

Nous venons de démontrer l'existence réflexe de ce spasme, occupant les deux extrémités de l'œsophage, où la contracture est en raison directe de la puissance des muscles ; le moment est venu d'essayer, en nous basant sur les observations qui vont suivre, de dégager du cortège symptomatique habituel et classique du cancer des parois œsophagiennes, un élément qu'on puisse vraisemblablement relier au spasme. En d'autres termes, en dehors des douleurs locales ou irradiées, de la teinte cachectique jaune paille, de la raucité de la voix, des ganglions, existe-t-il un symptôme qui revienne en propre à la contraction réflexe ? Les intermittences qu'on observe dans la dysphagie peuvent, nous semble-t-il, répondre à cette question.

Le spasme, étant fonction du cancer, les signes qui lui sont spéciaux, se confondent avec ceux de la

néoplasie qui l'a engendré, mais nous croyons possible d'isoler, de ce faisceau de symptômes : la brusquerie par laquelle débute la dysphagie, et l'allure capricieuse qu'elle va donner à la maladie. Nous allons emprunter à M. Gangolfe un passage destiné à mettre en relief la part qui revient au rétrécissement spasmodique, de même que les signes extérieurs par lesquels il se manifeste :

« La dysphagie traduit l'état de spasme réflexe, « causé par l'ulcération bien plus que par la gêne « mécanique du volume de la tumeur. Peu marquée, « intermittente, n'existant que pour certaines caté-
« gories d'aliments, elle s'établit peu à peu d'une « façon permanente ». Nous n'avons pas remarqué chez nos malades que cette susceptibilité exista, mais elle est si classique et si rationnelle, qu'il faut, sans hésiter la classer parmi les signes qui doivent faire supposer la présence du spasme. L'observation III rapporte un cas curieux où la dysphagie a été mise en branle, si l'on peut ainsi s'exprimer, par un verre de vin de Champagne.

Il est une autre particularité qui est actionnée par la contracture réflexe, c'est le rejet presque immédiat des aliments qui viennent d'être déglutis. Le bol arrivant à la partie supérieure de l'œsophage, va rencontrer un obstacle, ou bien par l'intermédiaire de la muqueuse enflammée, il va jouer le rôle d'excitant qui déterminera un réflexe, la voie vers l'estomac, sera fermée et les aliments seront aussi expulsés dans un violent effort de toux. C'est là un fait capital patho-

gnomonique, traduisant l'état d'intolérance et de perturbation des tuniques œsophagiennes.

M. Gangolfe nous retrace un tableau très exact de ces sorte de régurgitations, et des précautions dont s'entourent les patients pour les éviter ou les diminuer. « Le sujet, après avoir avalé, rejette peu
« d'instant après les aliments, des mucosités glai-
« reuses sanguinolentes accompagnent ces *pseudo-*
« *vomissements*, des sensations pénibles de brûlure,
« même au moment du passage des liquides, ajoutent
« aux souffrances du malade. Progressivement, et afin
« de les éviter, celui-ci établit une sélection dans
« son alimentation, et bien avant que le *calibre de*
« *l'œsophage soit sensiblement effacé*, il s'est décidé
« à une nourriture constituée de purées très claires,
« d'œufs crus et de lait ».

Quant à la toux qui accompagne ces expulsions alimentaires, nous n'osons en faire un symptôme particulier, conditionné par l'état de spasme de l'orifice d'entrée du conduit.

Il est vrai que dans nombre de cas elle résulte de déglutitions manquées, qui ont fait, selon l'expression vulgaire, « avaler de travers » ; elle peut être aussi la conséquence d'une perforation œso-trachéale, ou œso-bronchique, ainsi que cela se voit fréquemment (Obs. X). Le malade a avalé normalement, mais le liquide ou l'aliment, pénétrant dans l'arbre respiratoire, provoque un réflexe de défense qui parti des muqueuses trachéale ou bronchique, se traduit par de la toux.

M. Gangolfe nous dit plus haut que la dysphagie s'est établie avant la totale obturation du canal par la tumeur.

D'après beaucoup d'exemples, rencontrés au cours de nos lectures, d'après les observations VIII, IX, etc., nous pouvons penser que fréquemment la néoplasie laisse entre ses masses des pertuis permettant aux liquides alimentaires d'aborder l'estomac. Donnons comme preuve le cas rapporté par l'observation VIII. Le patient avait, dans une période de rémission, augmenté de poids, grâce à la possibilité de l'alimentation, donc le bol liquide gagnait l'estomac, alors qu'au cathétérisme une petite olive n'avait pu passer. Lors de cette exploration, le spasme existait, et le malade grâce à lui ne se nourrissait pas ; cet élément disparaissant, la perméabilité était assez rétablie pour permettre une nourriture suffisante.

Nous supposons, et il est impossible de vérifier entièrement cette hypothèse sur le cadavre, que si dans certains cas les cancers envahissant l'œsophage, obturent complètement la lumière de ce conduit, il en est d'autres où le calibre du canal est certes diminué, encombré par une sorte d'enchevêtrement de lames ou de bourgeons néoformés, mais perméables. Il résulte de cette disposition pathologique comme une sorte de crible, par les espaces duquel les liquides et les semi-solides peuvent passer par une filtration plus ou moins lente, alors qu'une sonde ne peut franchir une telle barrière sans provoquer de déchirures trop souvent signalées.

On a voulu expliquer les intermittences que présente la dysphagie par la chute de bourgeons cancéreux obturant l'œsophage dont la perméabilité se trouve de ce fait rétablie pour un temps plus ou moins long.

Nous ne voulons pas dire que cette assertion soit inexacte, nous préférons admettre comme étant plus fréquent et plus plausible, que la dysphagie relève d'un spasme des parties saines en apparence. Il est difficile, en effet, d'admettre une tumeur se désagrégeant et se reconstituant tour à tour avec une surprenante rapidité. On aurait là une sorte de cancer en « accordéon, s'effritant, se reformant sans cesse, se dilatant et se contractant perpétuellement.

Dans les observations que nous rapportons plus loin, et qui sont suivies de relations d'autopsies, nous ne trouvons pas qu'il ait existé une dilatation, une poche au dessus de la tumeur.

Nous touchons là à un point fort discuté et très controversé. Les uns admettent qu'une portion ectasiée au point de former comme un petit estomac, se rencontre assez souvent au dessus du néoplasme, d'autres font de ce phénomène un fait d'exception.

On peut cependant penser, sans aller jusqu'à accepter la présence d'un diverticule néoformé, qu'un certain degré de dilatation existe, et qu'il est mal commode de le mettre en évidence à l'autopsie, les parois de l'œsophage se trouvant accolées l'une à l'autre

Selon notre avis, lorsqu'il y a une dilatation sus-

jacente au cancer, le spasme ne se rencontre pas à cause de la distension excessive que les tuniques œsophagiennes ont subi ; elles sont devenues flasques, incapables d'entretenir une contracture persistante. Le malade peut alors s'alimenter, et l'évolution se trouve prolongée. Les matières alimentaires, accumulées dans la poche, gagnent l'estomac par une filtration lente à travers la tumeur.

On pourrait donc diviser la forme simple du cancer de l'œsophage en deux sous-classes :

1° Cancer de l'œsophage avec poche au dessus de la tumeur sans spasme, à terminaison moins rapide.

2° Cancer de l'œsophage sans dilatation, avec spasme à la partie supérieure, créant indépendamment du néoplasme une dysphagie, tantôt intermittente, tantôt permanente. L'évolution de cette variété serait plus rapide, hâtée par la dénutrition.

OBSERVATION I

HOWSHIP. — Rapportée dans les *Archives générales de médecine*, 1831, et dans la thèse de BERTRIN.

Spasme de l'œsophage consécutif à un squirrhe de ce conduit.

Thomas Ch..., âgé de 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Georges au commencement de mai 1817. Il éprouvait une difficulté graduelle dans la déglutition et n'avalait qu'avec grand'peine une cuillerée d'eau.

Une bougie introduite dans le pharynx fit reconnaître un rétrécissement ou une contraction de la partie supérieure de l'œsophage à travers lequel on ne pût, qu'avec beaucoup de peine, faire pénétrer un instrument d'un très petit diamètre. Cette introduction fut répétée de temps en temps, avec un certain avantage, car, quelque temps après, Ch... pouvait faire parvenir dans son estomac, lait ou bouillon.

Autopsie. — L'œsophage, dans sa partie inférieure était dur et épais ; tout près du cardia, l'altération présentait tous les caractères d'un squirrhe. L'œsophage dans sa partie supérieure ne présentait aucune trace de rétrécissement.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que ce fut seulement dans les derniers jours de son existence que le malade eut conscience de l'obstruction presque complète de la partie inférieure de l'œsophage, obstruction reconnue à l'autopsie.

OBSERVATION II

(Thèse de L. Bertrin. Observation communiquée par le
D^r DUGUET).

Spasme œsophagien, lié à un rétrécissement de ce conduit.

X..., concierge, âgé de 49 ans, entra le 29 novembre 1884, salle Saint-Vincent, n° 11, hôpital Lariboisière; service de M. Duguet. Malade depuis quatre mois et déjà maigre, avec membres décharnés et ventre aplati en bateau. La maladie avait débuté au mois d'août dernier d'une façon singulière : en voulant boire un verre de vin, il avait été pris tout à coup d'un spasme, d'une difficulté d'avaler, qu'il ne put vaincre qu'en buvant par petites gorgées successives, comme en humant. Cette difficulté ne s'étant plus reproduite les jours suivants, il n'y fit pas attention; mais quelques jours plus tard, survint de la gêne pour le passage des aliments solides. Cette gêne s'accrut ensuite progressivement, puis le malade éprouva la même gêne pour les aliments mous.

Plus tard encore, les boissons elles-mêmes lui ramenèrent les mêmes difficultés qu'il avait éprouvées une première fois en buvant un verre de vin.

Peu à peu, se déroulèrent tous les accidents faiblement conjurés ou mieux atténués par les soins qu'il reçut à l'hôpital, et

il finit par succomber du rétrécissement organique de l'œsophage, le 2 mars 1885.

L'autopsie démontra chez lui l'existence d'un cancer ulcéré, très étendu de l'œsophage avec irradiations voisines. Le cancer avait débuté et siégeait principalement à l'union du tiers supérieur, avec les deux tiers inférieurs du conduit œsophagien.

OBSERVATION III (Résumée).

(Thèse P.-G. DUPONCHELLE. Lille, mars 1884).

M. X..., de Valenciennes, ancien négociant, s'était toujours bien porté, il allait et venait, se livrait à ses affaires, et ni lui ni personne de son entourage immédiat (femme ou enfants) ne se préoccupait d'un mal qui ne s'était encore manifesté par aucun symptôme. Tout au plus pouvait-on signaler un léger amaigrissement. Un jour, M. X... va à une réunion d'actionnaires des mines de houille, et comme cela arrive d'ordinaire, cette assemblée est suivie d'un dîner pendant lequel il n'éprouve aucun malaise, mange et boit sans le moindre trouble. Le dessert arrive : au premier verre de Champagne, M. X... éprouve un spasme œsophagien des plus violents. Il est obligé de sortir de table, il suffoque, rend d'abord la gorgée de vin avalée et dans de grands efforts de vomissements rejette une partie du dîner. Le lendemain il ne ressent plus aucun malaise, il mange et boit comme d'habitude. Les choses restent en l'état pendant quelque temps, jusqu'au jour où un nouveau verre de vin de Champagne détermine un nouvel accès. Dès lors, les symptômes de dysphagie vont en s'accroissant peu à peu et en suivant la mar-

che habituelle ; ce sont d'abord les gros morceaux qui ne passent plus : la viande, le pain ; plus tard le pain trempé est dégluti avec peine ; plus tard encore, M. X... ne se nourrit que de potages et de liquides.

A ce moment le malade est examiné en consultation avec le Dr Verneuil. On constate l'existence d'un rétrécissement franchissable ; chose étrange, le cathétérisme n'offre pas de difficultés ; la sonde ordinaire, la plus grosse bougie, passent assez facilement. Il faut en conclure que le spasme joue dans cette affection un rôle considérable et que le diamètre vrai du rétrécissement est de beaucoup supérieur au diamètre qu'il présente lors du passage des aliments.

Quelques mois après, le malade succombe avec tous les signes d'un cancer de l'œsophage.

Ce cas nous semble intéressant parce qu'il prouve que certaines substances prises dans l'alimentation, ici c'est du vin de Champagne, peuvent provoquer ce spasme. De plus, nous avons, dans cette observation, un exemple de néoplasme latent, révélé au malade et à ceux qui l'entourent par une dysphagie subite, spasmodique, qu'une tumeur, n'eût pu provoquer, à elle seule, aussi brusquement.

OBSERVATION IV (Résumée).

Cancer de l'œsophage. Spasme de l'œsophage ayant tout d'abord induit en erreur sur le siège du rétrécissement cancéreux. Perforation de la plèvre droite. In Thèse MARCHAND. Paris, 1880).

X..., 40 ans, entré dans le service de M. Bucquoy avec les troubles fonctionnels du cancer de l'œsophage. Il a présenté au début comme particularité intéressante, une constriction telle au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage que le passage de la sonde a été impossible les premiers jours, si bien qu'on pensait alors à un rétrécissement siégeant à l'orifice inférieur du pharynx, mais bientôt cette sorte de spasme devint moins énergique. Les boules de gros calibre y passaient plus facilement que les petites, et on constata nettement que le point précis où s'arrêtait la sonde correspondait à la septième dorsale.

Le malade ne présente aucune autre particularité. L'affaiblissement fit des progrès rapides ; il toussait depuis quelque temps. Un jour à la visite on le trouva sur le point de suffoquer : la mort arriva quelques minutes après.

Autopsie. — On trouve dans la plèvre droite un épanchement d'air qui refoule complètement le poumon en haut et en dedans. Il existe une communication avec l'œsophage.

La tumeur cancéreuse commence à environ 14 centimètres du cricoïde et se continue jusqu'à 4 centimètres du cardia.

OBSERVATION V (Résumée) *In* Thèse DUPONCHELLE.

VULPIAN (Clinique médicale de l'hôpital de la Charité).

B..., 44 ans, entre le 16 décembre 1876, à l'hôpital de la Charité. Avoue avoir bu énormément de vin et d'absinthe. Au commencement d'août 1876, un matin, où selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il avala ne veulent pas passer. Ils sont arrêtés par : « quelque chose qui le serre dans la gorge » au niveau de la première pièce du sternum. Depuis cette époque, rien ne peut passer ; le vin pur lui-même est rejeté. Le malade ne peut se nourrir que de lait, de bouillon, d'œufs frais et de vin coupé d'eau. Il rend surtout la nuit des matières glaireuses et transparentes. Pendant cinq mois le malade s'affaiblit de plus en plus : la cachexie cancéreuse l'envahit peu à peu ; il meurt le 23 mai.

A l'autopsie, on trouve dans le médiastin postérieur une cavité anfractueuse du volume du poing, recouverte de gros bourgeons, et dans laquelle venaient s'ouvrir les deux portions de l'œsophage qu'elles éparait.

OBSERVATION VI (Traduite et résumée).

HYDE SALLER. — *Brit. medical Journal*, 1885 (Rapportée dans la thèse de L. Bertrin).

Spasme de l'œsophage consécutif à une lésion organique de l'œsophage.

Employé de commerce, âgé de 50 ans; antécédents syphilitiques, se présente avec les symptômes suivants :

1° Douleur pendant la déglutition, siégeant au niveau de la partie inférieure du sternum quand le malade veut avaler ;

2° Obstacle au passage des aliments. Les premières bouchées ne passent pas et sont rendues. Déglutition facile pour les suivantes, sans douleur et sans régurgitation ;

3° Régurgitation aussitôt après l'introduction des aliments, spontanée et sans efforts de vomissements ;

4° Hémorrhagie. Les caillots sont moulés sur le calibre de l'œsophage et rendus sans toux et sans efforts.

L'auteur pense qu'en raison de l'hémorrhagie, il s'agit d'une lésion organique de l'œsophage, et rapporte l'intermittence dans la perméabilité du conduit à l'élément spasmodique qui viendrait se surajouter.

OBSERVATION VII (*In thèse L. Bertrin*),

LACOMBE. — *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 25 mars 1885.

Spasme de la partie inférieure de l'œsophage consécutif à un épithélioma de la portion cervicale du canal.

Ebéniste de 49 ans, ayant fait longtemps des excès d'alcool, et présentant depuis six mois des vomissements, d'abord intermittents, puis assez réguliers.

Au moment de son entrée, il était très émacié et se plaignait de ne pouvoir avaler autre chose que des liquides, tels que lait, bouillon, tisanes, etc. Au bout de quelques jours, les liquides eux-mêmes ne passaient plus, ou du moins, étaient rejetés aussitôt déglutis. J'étudiai, en le faisant boire devant moi, les conditions dans lesquelles se produisait le vomissement; il ingérait environ deux tiers de verre de lait, accusait aussitôt la sensation d'un obstacle derrière l'épigastre et rejetait le tout au bout de une à deux minutes. Je pensai naturellement que l'obstacle, siégeait soit au cardia, soit dans la portion contiguë de l'œsophage, et ici j'aurai difficilement admis le spasme, non pas seulement à cause des antécédents du malade, mais surtout parce que j'avais trouvé dans la région sus-claviculaire gauche un ganglion isolé, sous la peau, du volume d'une fève, dur et un peu douloureux, qui donnait en quelque

sorte la signature de la maladie. Quel qu'en fut le siège, ce ne pouvait être qu'une lésion maligne.

Pour préciser le siège, je passai un cathéter; je pris d'abord une olive moyenne (12 millimètres environ); après avoir franchi la portion cervicale, je rencontrai un léger obstacle, mais je passai outre assez facilement, non sans provoquer, toutefois, une faible douleur manifestée par une grimace du patient. Arrivé à peu près à la hauteur du cardia, je me heurtai à un obstacle plus sérieux; la sonde ne passait point, j'insistai sans résultat. Je retirai donc la sonde, puis je l'armai de la plus petite olive (7 millimètres environ). Mêmes résultats qui se répétèrent les jours suivants, exactement les mêmes, toujours avec la plus petite olive. Le premier obstacle me parut négligeable; quant au deuxième, je ne doutai point pour les motifs indiqués plus haut, qu'il ne fut lié à une tumeur maligne.

Dans l'intervalle, le malade essayait d'avaler des liquides, notamment du lait glacé; mais il n'y arrivait point, et il commençait à se mourir d'inanition. J'essayai des lavements nutritifs, mais sans résultat appréciable; le malade, du reste, les refusa bientôt, et il s'éteignit, faute d'alimentation, huit jours après le premier cathétérisme.

Autopsie. — L'œsophage étendu sur une table, on y constatait facilement un renflement fusiforme de 3 centimètres au moins de longueur, dont la limite inférieure atteignait le niveau de la bifurcation trachéale. Ce renflement était dur, et se liait certainement à un épaissement néoplasique des parois. Le fait devenait évident par une section longitudinale: dans sa partie moyenne, l'épaississement de la paroi atteignait près de 15 millimètres et s'éteignait progressivement au dessus et au dessous; la lumière du canal se trouvait d'autant diminuée, et elle pou-

vait avoir, au point le plus étroit, 5 à 6 millimètres de diamètres, susceptible du reste, on l'a vu, d'une certaine dilatation. Au dessus de la tumeur, le canal était un peu dilaté ; au dessous il était normal. Le premier obstacle rencontré par la sonde était donc expliqué, et tout autrement que je n'avais prévu. C'était bien pis encore pour le deuxième et véritable obstacle ; ni dans les portions inférieures de l'œsophage ni du cardia lui-même, on ne voyait rien d'anormal ; pas de rétrécissement.

L'estomac était vide, de couleur jaunâtre, les parois un peu épaissies. L'examen microscopique de la tumeur a révélé un épithélioma.

Nous avons rapporté cette observation parce qu'elle offre un exemple très démonstratif autant que rare de spasme resserrant la portion inférieure de l'œsophage. Elle démontre encore que la tumeur restée perméable eut permis l'alimentation au malade qui est mort prématurément plus du fait de l'inanition que du cancer lui-même. En somme le spasme a hâté l'évolution qui s'est accomplie en six mois ; c'est surtout depuis que l'obturation réflexe s'est produite que l'état du sujet a empiré, et que la dénutrition a augmenté.

Quant à l'erreur de diagnostic, elle était impossible à éviter au temps où Lacombe fit cet examen.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Recueillie à la clinique médicale d'Alger.

Cancer de la portion moyenne de l'œsophage avec spasme de la partie supérieure.

Le nommé A. J..., âgé de 39 ans, exerçant la profession de tonnelier, entre le 23 novembre 1899 à l'hôpital de Mustapha. Il est placé salle Trousseau où il occupe le lit n° 32.

Voici les renseignements qu'on obtient de lui :

Son père est mort, jeune encore, à 47 ans, des suites d'une affection que le malade ne peut préciser, mais qui a été très rapide, puisqu'elle a évolué en huit jours. Sa mère est décédée à 52 ans. Elle avait été malade pendant longtemps, et au moment de sa mort elle était d'une émaciation extrême. Un frère est mort à 32 ans, on ne sait de quoi. Deux sœurs et un autre frère sont en bonne santé.

A. J... a toujours joui d'une constitution robuste. Son enfance fut exempte de maladies graves, sauf une rougeole, vers 12 ans. Il prétend ne pas avoir eu la syphilis et ne pas avoir fait d'excès alcooliques. Jusqu'à il y a 3 ans, sa santé se maintint excellente, à cette époque il fut impaludé à Saint Ferdinand. Les accès se répétèrent deux mois durant et le malade sembla ensuite se rétablir. Il y a trois semaines environ, la fièvre reparait, présentant l'allure de l'accès paludéen avec ses trois stades, frissons, chaleur, sueurs abondantes ; de plus il y eut des vomissements alimentaires d'abord puis bilieux. Ces phéno-

mènes s'amendent et disparaissent bientôt, pour faire place à une douleur survenue brusquement, il y a quinze jours. Elle siège au niveau de l'appendice xyphoïde, elles sont continues, paroxystiques, exagérées par la déglutition ; le patient ressent comme un « coup de poignard ». L'alimentation possible il y a une quinzaine et aujourd'hui très difficiles ; le lait passe très péniblement, c'est le seul aliment qui puisse être toléré. Les solides sont rejetés à peine déglutis. Cette expulsion s'accompagne de violentes crises de toux.

Du côté des organes thoraciques et abdominaux, l'examen ne révèle rien de particulier.

Au point douloureux on ne voit rien à l'inspection, la palpation ne réveille aucune douleur.

L'état général est très compromis ; l'amaigrissement est considérable, et les forces sont considérablement diminuées. Cela tient, le malade le dit lui-même, à ce que l'alimentation ne se fait presque plus depuis quinze jours.

L'attention est alors attirée toute entière du côté de l'œsophage : En raison de ces régurgitations consécutives à l'ingestion de substances nutritives, on pense à une lésion de ce conduit.

On fait l'exploration par le cathéter, à bout olivaire. A 16 centimètres de l'arcade dentaire une olive de petite dimension est arrêtée un instant, il faut faire un léger effort pour la faire progresser ; elle ne tarde pas d'ailleurs à être de nouveau arrêtée, mais cette fois définitivement à 35 centimètres du point de repère précédent. A la sortie, l'olive est retenue par le premier rétrécissement qui est évidemment dû à un spasme tandis qu'on attribue le deuxième obstacle à un néoplasme.

L'instrument explorateur ne ramène ni sang ni débris.

Le malade pèse 50 kilos. Les jours qui suivent, il présente

des alternatives de déglutitions, tantôt faciles, tantôt absolument impossibles, ces dernières étaient toujours suivies de pénibles quintes de toux. Ces alternatives font surseoir à une intervention qui est proposée au malade.

La dysphagie finit par s'établir d'une façon presque constante, cet homme ne s'alimente plus du tout, la dénutrition progresse de jour en jour. En 12 jours, le poids est tombé à 42 kilogrammes, la maigreur est effrayante et la faiblesse extrême.

Enfin le patient consent à se faire opérer le 25 décembre, c'est-à-dire un mois après son entrée à l'hôpital, malheureusement il est trop tard.

L'autopsie a démontré qu'un néoplasme se trouvait à 8 centimètres environ au dessus du cardia. La tumeur était circulaire, bourgeonnante. Elle sténosait en partie l'œsophage. Sur le conduit ouvert elle avait l'aspect d'un chou-fleur. Son étendue est de 5 centimètres $1/2$ à 6 centimètres.

Au dessus la muqueuse est un peu grisâtre, mais ne présente aucune altération macroscopique. Pas de dilatation œsophagienne sus-jacente au carcinome. Aucune communication pathologique avec les organes voisins aux poumons, on découvre quelques granulations tuberculeuses de vieille date.

Du côté de l'orifice stomacal chirurgical, rien à noter.

Le foie est petit, il pèse 1120 grammes. Sa surface ne présente rien d'insolite.

Le poids de la rate est de 150 grammes.

Cette observation nous semble avoir quelque intérêt. Signalons : la rapidité de l'évolution, les rémissions qui se sont présentées dans la dysphagie.

Bien que la sonde ait été arrêtée par la tumeur au cours du cathétérisme explorateur, celle-ci était suffisamment perméable : les résultats de l'autopsie le prouvent et la relation des phénomènes présentés par le patient le démontre. Certains jours il pouvait ingérer du lait sans difficultés.

Nous mettons sur le compte de l'élément spasmodique, mis en évidence par le cathéter et qui a pu être vaincu par un faible effort, la précipitation du dénouement ; le malade s'alimentait peu et irrégulièrement, la dénutrition a été rapide, le mal a eu plus de prise sur ce terrain extrêmement appauvri. Quinze jours ont suffi pour hâter la marche de ce cancer qui existait sans doute déjà lors de l'entrée de A., J. salle Trousseau.

OBSERVATION IX (inédite).

Recueillie à la clinique médicale par notre excellent camarade
le Dr LOUIS GUISONI.

Cancer de l'œsophage. Spasmes. Pneumonie de déglutition.

H... Edouard, âgé de 60 ans, entre à l'hôpital de Mustapha. Place, Salle Trousseau, il occupe le lit n° 3. On est au 6 novembre 1900. Cet homme est malade depuis trois mois environ.

Voici ce qu'on apprend sur son passé et sur l'évolution de l'affection qui l'amène dans le service.

Son père vit encore, il est fort âgé mais se porte bien. La mère est morte des suites d'une longue et pénible maladie, qui l'avait fait considérablement maigrir. Il ne donne pas d'autres renseignements.

Le sujet eut toujours une bonne santé, sauf vers 1860, à cette date il contracta la fièvre palustre à Tablat. Cette invasion avait cédé au traitement quinique et disparut. Lorsqu'en juin 1900, il eut trois accès de fièvre qu'il attribue encore à la malaria ; il se trouvait à ce moment à Maison-Carrée, localité connue par ses nombreux cas de paludisme.

Depuis trois mois, H..., raconte qu'il a beaucoup maigri, l'appétit diminue, certains aliments lui répugnent, et lorsqu'il veut les avaler il les vomit aussitôt par le nez et par la bouche. Ce pseudo-vomissement se produit surtout à l'occasion de l'ingestion de solides. Le lait est toléré, bien que très souvent, il le rejette à la suite d'une quinte de toux, provoquée par la gorgée qu'il essaye de déglutir.

On explore son œsophage avec une sonde munie de la plus petite olive ; on rencontre un premier rétrécissement à 17 centimètres en partant de l'arcade dentaire. On le franchit, non sans une certaine difficulté, et on se trouve arrêté définitivement cette fois à 30 centimètres du point de repère ci-dessus.

Le premier point sténosé est dû à un spasme, le second à une tumeur.

Notre homme dit qu'il a beaucoup maigri. Il pesait à l'état normal 50 kilog., il pèse maintenant 42 kilog. Teint pâle, cachectique.

Rien aux poumons. Au cœur : le deuxième bruit est claqué

à la base. Radiales dures et roulant sous le doigt. Rate et foie normaux.

Les urines sont rares (400 centimètres cubes dans les 24 heures avec 14 grammes d'urée par litre).

Pas de syphilis, mais usage constant de liqueurs alcooliques (absinthe).

À l'hôpital, son alimentation est fort restreinte, en raison de sa dysphagie ; il ne prend que des aliments liquides ou demi solides.

Deux œufs matin et soir et du lait en petite quantité. Certains jours, ces aliments sont déglutis sans trouble aucun, d'autres fois au contraire, il montre à la visite du matin, son crachoir plein de lait et de crachats glaireux, qu'il a rejeté la veille, à la suite d'une quinte de toux provoquée par des déglutitions maladroites.

Le 11 décembre, le poids, est de 42 kilogr. 300. Du 11 au 20, la dysphagie s'est montrée moins fréquente, H. s'est mieux nourri, il pèse 42 k. 500, il a donc gagné 200 grammes.

Le 22 décembre, le patient se plaint de ne plus pouvoir avaler du tout, depuis la veille. Il veut prouver ses dires devant M. Cochez : il boit un verre de lait. Le liquide tout d'abord, semble passer, mais presque aussitôt la totalité en est rejetée à la suite d'une quinte de toux. L'arrêt semble situé à hauteur du premier rétrécissement ; on l'attribue à un spasme.

Ce qui le prouve, c'est que des attouchements à la cocaïne permettent au malade de déglutir sans incidents.

Le lendemain, les aliments peuvent encore passer. Les jours qui suivent la dysphagie apparaît et disparaît, alternativement, malgré les badigeonnages. La faiblesse va en augmentant, la

voix qui au moment de l'entrée était simplement enrrouée, s'éteint de plus en plus.

Le 29 décembre, ayant voulu se lever. H. est pris de syncope.

Râles sous-crépitants aux deux bases, avec submatité remontant jusqu'à la partie moyenne.

Les 30 et 31 décembre, nutrition impossible, langue sèche, pouls misérable.

Le 2 janvier, à midi. Mort.

Autopsie. — A 17 centimètres du cartilage cricoïde, on rencontre une tumeur, grisâtre, irrégulière et bourgeonnante, retrécissant considérablement le calibre de l'œsophage. L'étendue de cette tumeur mesure 4 à 5 centimètres. A la partie supérieure pas de rétrécissement, ni de dilatation. Cardia normal. L'estomac n'est pas rétracté.

Point à noter : il existe de nombreuses adhérences, entre le néoplasme les branches et surtout l'aorte. Aucune perforation.

Aux poumons, on remarque un engouement avec semis blanchâtres à la coupe ; on fait sourdre un liquide, assez épais, d'aspect blanchâtre, l'analyse n'en a pas été faite. M. Cochez, pensait que c'était du lait, que les déglutitions troublées, et maladroites du fait du spasme avaient envoyé dans les bronchioles. On se trouvait alors en présence d'une pneumonie de déglutition. Pas de tuberculose.

Le cas de cet homme montre nettement l'existence de ce spasme actionné par la tumeur. L'anesthésie locale de la muqueuse l'a fait disparaître pour un temps malheureusement assez court.

Nous voyons encore que pendant les périodes où la dysphagie s'atténue, le malade s'alimente et engraisse.

Le spasme joue ici un rôle capital, car il paraît avoir ici conditionné la toux et provoqué une lésion pulmonaire qui sans doute a hâté la fin du malade.

OBSERVATION X (personnelle).

Rétrécissement néoplasique de l'œsophage.

Spasmes. Fistule œso-bronchique. Gastrotomie. Mort.

Le nommé R..., âgé de 49 ans, cultivateur, entre salle Trousseau, le 4 décembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Sa grand'mère paternelle est morte d'une tumeur du sein. Sa mère est très âgée et bien portante. Le père est décédé il y a deux ou trois ans. Il fut opéré « *in extremis* », « parce qu'il ne pouvait plus avaler », dit R... Nous sûmes, par la suite, qu'on avait pratiqué sur lui la gastrotomie, nécessitée par un cancer de l'œsophage. Un frère et une sœur, vivants, sans maladie.

Antécédents personnels. — Pendant longtemps, le sujet a eu une bonne santé. Il y a vingt-deux ans, il fut impaludé à Oued-El-Alleug (Alger), mais n'a plus eu d'accès depuis. Aucun stigmate de syphilis, l'alcoolisme est probable, malgré les dénégations du malade.

Le début apparent de l'affection actuelle remonte à juin 1902. Vers la fin de ce mois, alors qu'il était aux champs occupé à son ouvrage, R... éprouva brusquement, sans cause qui ait

frappé son attention, une douleur au niveau de l'appendice xiphoïde, douleur, qu'il a toujours ressentie depuis et qui a, même, été en progressant.

L'appétit, était alors conservé, l'état général nullement altéré. Un mois après, en juillet, un seul trouble à noter : la déglutition augmentait et exaspérait la douleur xiphoïdienne, mais la santé paraissait bonne.

Dans les derniers jours d'août, le malade ne peut plus avaler que difficilement. « Les liquides, disait-il, passaient bien, à la condition d'être pris lentement et à petites gorgées. Les aliments solides, étaient rejetés à peine avalés ». A cette époque, jamais de sang dans les matières régurgitées. Amaigrissement.

Vers les premières semaines de septembre, les douleurs devenaient intolérables, et la déglutition impossible, aussi bien pour les solides que pour les liquides. Inquiet, R... va trouver son médecin qui pendant 19 jours, pratiqua des cathétérismes à la suite desquels, l'instrument ressortait taché de sang, et le patient avait des crachats sanglants.

Ce traitement, permit l'alimentation presque exclusivement liquide. Les solides et les demi-solides, les purées, en particulier ne pouvaient être tolérés et provoquaient un pseudo-vomissement dès le malade cherchait à les ingérer.

Après chaque sondage, le sujet s'aperçut qu'il avalait beaucoup mieux et que cette facilité s'atténuait, plus on s'éloignait de la date du dernier cathétérisme.

La douleur, qu'il ne peut bien décrire, était plus aiguë que les mois précédents, elle siégeait à l'appendice xiphoïde, et entre les deux épaules.

La conséquence de ce défaut d'alimentation fut une grande perte de poids de 62 kilogr. R. tombe à 53.

On continue les sondages, jusqu'en novembre 1902. Pendant ce mois, il se produit une légère amélioration. R. se nourrit, il mange de tout ; sauf la viande, dont il n'aime que la partie grasse. Il rejette les mets trop épicés ou acides, qui provoquent ainsi qu'il l'a remarqué des crises de toux, de suffocation, à la suite desquelles il ne peut plus avaler.

Etat actuel. — Il vient à l'hôpital se plaignant d'une « *irritation* », qu'il met sur le compte des introductions répétées de la sonde œsophagienne.

Une toux survenant par quinte, accompagnée d'une vive brûlure dans la gorge, lui semble la conséquence fonctionnelle de cette « *irritation*. »

C'est un homme pâle, affaibli, plutôt que « *jaune-paille* » et cachectisé. Il a beaucoup fumé, et n'a jamais, en aucune occasion, avalé de liquides corrosifs, ou de boissons très chaudes. Il tousse beaucoup, mais ne crache pas. Il raconte que lorsqu'il veut se hâter d'avaler, sans précautions, il se met à tousser davantage, il suffoque, il dit lui-même, « je suis comme quand on avale de travers ».

Examen. — On pense, devant ces commémoratifs, à un néoplasme de l'œsophage, avec un spasme qui occupe l'entrée de ce conduit ; ce qui expliquerait les rémissions qui se produisent dans la dysphagie.

On examine le patient :

On ne trouve pas de ganglions sus-claviculaires, ni cervicaux. Il n'y a ni hoquet, ni troubles vocaux, ni de fétidité de l'haleine.

Rien à signaler du côté des organes thoraciques et abdominaux.

On essaye d'explorer l'œsophage pour préciser le diagnostic.

La sonde armée d'une petite olive s'arrête à 17 centimètres de l'arcade dentaire. On ne peut aller plus bas, on retire l'instrument.

Une deuxième tentative est faite. On est encore arrêté au même point, on insiste ; on passe ; et à 26 centimètres à partir des dents on ne peut aller plus loin. Pas de sang après l'olive.

Le malade réclame « quelque chose » pour son irritation, on lui prescrit un collutoire à la cocaïne.

Le lendemain R... a pu manger facilement. Il a même pris du pain, qu'il ne pouvait plus supporter depuis longtemps.

La cocaïne a calmé la toux. On la continue.

Dans les jours qui suivent, notre homme se trouve réellement bien. Son appétit est revenu, il se croit guéri, au point que malgré nos conseils il demande son exéat. Il reviendra s'il se sent plus mal, en attendant il aime mieux aller chez lui (11 décembre 1902).

Le 23 décembre. — Nouvelle entrée motivée par des crachements de sang survenus depuis trois jours.

A la visite du matin, le malade nous montre son crachoir de la nuit rempli par une expectoration muco-purulente, mêlée de sang.

Les déglutitions sont de nouveau troublées ou impossibles. Il ne peut avaler le lait, s'il n'y joint un gros morceau de pain, sans cette précaution, « ça ne passe pas, j'avale de travers et je tousse », nous dit R... Chez lui, pourtant il avait un solide appétit depuis le jour de sa première sortie jusqu'à ces derniers temps. On fait un nouvel examen :

Rien dans les urines, pas de particularités anormales du

côté des selles. Toujours pas de ganglions. Le larynx, examiné par M. le D^r Liaras, ne présente rien d'insolite.

La toux cette fois est spontanée, elle ne se produit plus seulement à l'occasion du passage du bol alimentaire. On ausculte le sujet. On trouve, sans trouble de la sonorité, des râles de bronchite disséminés sur l'étendue des deux poumons.

L'auscultation de l'œsophage pendant la déglutition par petites gorgées et après cocaïnisation, fait entendre le « glou-glou ».

Le cathétérisme a fourni les mêmes données que ci-dessus.

24 décembre. — Expectoration abondante, céphalalgie, température 39°,2 le soir. Déglutitions difficiles.

27 décembre. — A la visite le malade a pu manger devant nous un gros morceau de pain trempé dans du lait. Depuis deux jours il se trouve mieux. Température toujours au-dessus de la normale, entre 38° et 39°.

29 décembre. — Toux persistante. Mêmes signes stéthoscopiques aux poumons. On insiste pour que le malade se fasse opérer ; il refuse, alléguant que pour le moment il s'alimente suffisamment. Haleine fétide.

31 décembre. — Alimentation possible par la bouche. Le poids est de 53 kilogrammes, la dernière pesée avait été de 54 kilogrammes. La température oscille entre 37°,5 et 38°,6.

Le 3 janvier. — Plus de fièvre. Le malade ne peut plus bien manger depuis la veille. Il prend pour avaler des soins minutieux, car lorsqu'un morceau est mal dégluti plus rien ne peut passer après.

Le 5 janvier. — Râles ronflants aux deux poumons. Température normale.

Le 8 janvier. — Ne mange presque plus, tant les déglutitions

sont pénibles. L'aspect du malade est très changé, depuis ces derniers jours où son alimentation est devenue insuffisante, il a beaucoup maigri. Lavements nutritifs.

Le 9 janvier, à *midi*, le patient a noté l'heure, aucun aliment ne peut plus être avalé. Faiblesse extrême.

Il se décide à accepter l'opération qu'il avait repoussée.

Le 10 janvier il est opéré par M. le professeur Vincent. Il meurt le lendemain de l'intervention.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on ne trouve pas de liquide dans les plèvres dont les deux feuillets sont un peu dépolis et injectés, surtout à droite. En soulevant le poumon droit, on voit sourdre du côté de son hile un liquide jaunâtre très fétide. Il y a une fistule œso-bronchique.

Examen des organes. — Poumons: Noyaux de congestion, disséminés. Aspect splénisé, la pression fait sourdre à droite une matière visqueuse, fluide, analogue à du pus ;

Cœur et vaisseaux normaux ;

La rate et le foie, présentent leur volume et leur apparence habituels ;

Appareil digestif : L'œsophage est détaché et examiné à part : A 11 centimètres de son orifice d'entrée, siège une masse, bourgeonnante par endroits, fongueuse en d'autres points, très friable, n'interceptant pas la lumière du conduit qui est perméable, grâce à un petit pertuis de dimensions très faibles.

Cette tumeur s'étend sur une longueur de 8 à 9 centimètres. Au dessus d'elle, la muqueuse est grisâtre, comme chagrinée, puis plus haut elle reprend sa coloration normale, rosée. Pas de dilatation ampulaire sus-jacente. Au dessous rien de particulier à citer.

Il n'y a pas de connexions avec les gros vaisseaux, mais

au niveau du point de séparation des deux bronches, la tumeur communiquée par une petite fistule avec la bronche droite.

Rien à l'estomac, ni aux intestins ; pas de noyaux secondaires.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Dans cette observation, en dehors de la fistule broncho-œsophagienne, il faut retenir le début, et surtout ces périodes de dysphagie alternant avec des moments, où l'alimentation était possible. Il y a à noter la susceptibilité pour certains aliments. Cette susceptibilité correspond aux jours où le spasme qui siège manifestement à l'orifice supérieur est plus accentué. Les rémissions qu'il a provoqué ont illusionné le malade à un moment, il s'est cru guéri. La seule existence de la tumeur nous paraît impuissante à expliquer ces alternatives.

Nous signalons aussi le rétablissement de la nutrition et la cessation des accidents par l'application de la cocaïne. Est-ce là le fait d'un néoplasme seul.

OBSERVATION XI (Résumée et personnelle).

Au mois de juillet 1903 arrive à la consultation de l'hôpital de Mustapha, le nommé T... Antoine, âgé de 52 ans, et exerçant la profession de menuisier. C'est un Espagnol.

Il se plaint de ne plus pouvoir avaler depuis une douzaine de jours. Cela est survenu un jour pendant son repas, où il fut pris de quinte de toux. Le lait tiède peut seul être toléré, et encore pas toujours. Déjà, il y a deux mois, il éprouva une vive douleur à l'épigastre qui persiste depuis. C'est à cette époque qu'il fait remonter le début apparent de sa maladie. Nous posons

au patient des séries de questions pour savoir s'il n'a à aucun moment ingéré des liquides caustiques. Il nous répond négativement.

Alcoolisme certain (abus d'apéritifs). Pas de syphilis.

Amaigrissement notable mais sans aller jusqu'à l'émaciation. T... a encore suffisamment de forces puisqu'il est venu avec le seul aide d'un ami.

Rien à noter aux divers organes. Ganglions sus-claviculaires très nets.

Cathétérisme. Premier rétrécissement qu'une olive moyenne a peine à franchir siégeant à 9 centimètres de l'arcade dentaire. On est arrêté définitivement à 35 centimètres.

Radioscopie. On fait avaler au malade un cachet de bismuth, avec un peu de tisane ; mais à peine l'a-t-il dégluti, qu'une quinte de toux rejette le liquide et le cachet en débris. T... suffoque, il a de la peine à se remettre. On lui recommande de venir le lendemain. Il revient avec docilité ; cet examen aux rayons X dont il a entendu vanter l'utilité, lui convient.

Cocaïnisation préalable pour éviter le spasme. Le cachet est dégluti. Arrivé, vers la partie moyenne du sternum, il est agité par un mouvement de va et vient ; il monte et descend, il ne progresse pas, mais le voilà qui s'allonge, il descend, on le suit pendant un instant, puis il disparaît.

Nous pensons à un néoplasme, encore perméable, malgré que l'olive moyenne n'ait pu passer. Nous n'avons pas essayé une exploration avec une autre olive, par une juste prudence. Nous conseillons au sujet d'entrer à l'hôpital s'y faire examiner de nouveau, et de s'y faire opérer. Il nous promet de venir le lendemain faire signer son billet d'admission. Nous ne l'avons plus revu.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Au cours du cancer de l'œsophage, le spasme, surtout celui occupant la portion supérieure, n'est pas une illusion ; il suffit pour le supprimer, de badigeonner le pharynx sur la plus grande étendue possible avec une solution de chlorhydrate de cocaïne. On a vu que certains de nos malades se trouvaient mieux, et voyaient du fait de ces attouchements leur dysphagie s'amender.

Mais il est un procédé meilleur ; c'est le cathétérisme.

Il serait oiseux d'insister ici sur le manuel opératoire de cette exploration ; elle est des plus simples. Il suffit d'être prudent pour éviter les terribles accidents qui peuvent résulter des fausses routes et d'une trop grande brutalité. L'olive révèle le spasme par la résistance qu'elle rencontre vers l'orifice d'entrée du tube œsophagien. Il faut faire un très léger effort pour la faire progresser, elle franchit le point

rétréci par un léger ressaut, que la main qui conduit l'instrument ressent très bien : on éprouve immédiatement une sensation d'aisance, de liberté, comme si le cathéter était introduit dans une cavité aux parois larges ; on approche du néoplasme, on est arrêté. C'est alors que la plus grande douceur et la plus grande circonspection doivent être observées. Gare aux faux trajets ! A la sortie, on constate de nouveau la présence de la striction spasmodique ; on éprouve un peu de difficulté à extraire la sonde ; il semble que les parois de l'œsophage, se moulant sur elle par une contraction spasmodique, la retiennent pour l'empêcher de venir au dehors.

Un autre moyen d'investigation est fourni au clinicien par l'œsophagoscopie. Cette méthode permet de constater l'existence du spasme, et l'intégrité des parois de l'œsophage à son niveau, elle assure « de visu » de la présence de la tumeur qui entretient la contracture.

C'est là un procédé qui a pu rendre des services. Il comprend une série de manœuvres délicates qui demandent une certaine habitude pour être bien conduites ; il faut une initiation préalable.

Enfin, et c'est le plus grand inconvénient, il ne met pas le patient à l'abri des accidents imputés au cathétérisme.

L'œsophagoscope paraît un peu trop volumineux, trop rigide, pour être introduit dans un canal dont les parois en certains points sont très friables. Voici

d'ailleurs sa description telle qu'elle est donnée par L. Munier dans sa thèse :

« L'instrument employé est celui du professeur
« Mickulicz. Il se compose d'un tube droit de 20 à
« 50 centimètres de long et de 10 à 15 millimètres de
« diamètre. Ce tube est en métal rigide et terminé
« par un bec mousse en caoutchouc durci. On doit
« avoir une série de tubes de diverses longueurs sui-
« vant le point à examiner. Von Hacker emploie
« quatre longueurs différentes : un tube de 19 centi-
« mètres pour explorer l'entrée de l'œsophage, un
« de 30 centimètres pour examiner la région de la
« bifurcation bronchique, un de 40 centimètres pour
« la région du cardia et un de 45 centimètres pour
« pénétrer dans l'estomac au-delà de cet orifice. Mic-
« kulicz se servait pour l'éclairage d'une petite
« lampe électrique qui était introduite dans l'appar-
« eil, Von Hacker a substitué à cette lampe un appa-
« reil à réflecteur qui laisse libre tout le calibre du
« tube. »

On voit par cette description que c'est un appareil un peu compliqué, qui demande pour son emploi une main sûre et exercée.

Il est un autre procédé, plus moderne, plus sûr, aussi certain et absolument inoffensif. C'est l'exploration de l'œsophage par les rayons X suivant les préceptes d'Holzknecht et dont M. Bécère a précisé les règles à propos de l'examen radioscopique du thorax. On fait avaler au malade un cachet de bismuth et on voit sur l'écran fluorescent comment

chemine ce cachet, s'il est arrêté définitivement, ou si se modelant sur un espace rétréci, il s'effile pour aller se déverser dans l'estomac.

Il faut pour faire cette observation placer le malade dans l'examen oblique postérieur gauche, comme dit M. Bécère, c'est-à-dire dans « l'examen « du malade obliquement traversé d'avant en arrière « et de droite à gauche, la dissociation de l'ombre « médiane est analogue ; on voit le même espace « clair médian entre l'ombre vertébrale et l'ombre « cardio-aortique, mais cette dernière est moins « nette ». C'est sur l'espace clair médian que vient se dessiner l'ombre des « corps opaques introduits dans l'œsophage toujours invisible ».

M. Bécère dit que par l'intermédiaire des rayons de Röntgen on peut étudier au mieux le fonctionnement « de la musculature de l'œsophage qu'on peut reconnaître s'il existe des phénomènes de « spasme ou de parésie ». Nous n'avons pas constaté sur le radioscope la coarctation spasmodique puisque le malade fut pris de toux dès l'arrivée dans l'œsophage du cachet de bismuth qui fut expulsé,

Telles sont les modes de recherche clinique que le médecin possède pour déceler le cancer afin de ne pas s'en laisser imposer par le spasme. Le diagnostic doit être très rapide. Il ne faut pas hésiter, ni se laisser tromper par les rémissions qui surviendront dans la dysphagie. On doit sans perdre de temps remettre le malade entre les mains du chirurgien, et faire pratiquer une intervention, qui pourra, non

pas sauver le malade, c'est hélas impossible, mais du moins lui assurer une certaine survie. Il convient d'éviter, surtout, les cathétérismes pratiqués à plusieurs reprises dans un but thérapeutique : c'est une pratique qu'il ne faut pas suivre et dont nous voulons faire justice.

Les attermoiements, entretenus par une sorte de pusillanimité des patients, qui voyant certains jours la difficulté à avaler disparaître, sont des plus préjudiciables, et c'est à ceux-ci qu'on doit les succès de la gastrotomie.

Cette opération a permis à des cancéreux de survivre pendant des périodes plus ou moins longues. Ils pouvaient se nourrir.

La question du terrain affaibli par une dénutrition sans cesse plus grande peut être invoquée pour expliquer la marche rapide du processus cancéreux. Certains néoplasmes envahissant certains organes, lorsqu'ils sont opérés prématurément, laissent la vie des malades se prolonger pendant une période dont la limite est variable, mais qui est cependant appréciable. Pourquoi n'en serait-il pas de même des carcinomes œsophagiens, si le sujet peut s'alimenter.

Des cas de survie sont cités dans la thèse (Paris 1901) que M. le Dr Mauclaire inspira à son élève le Dr G. Feval. Il y est démontré que des gastrotomies pratiquées pour des néoplasies de l'œsophage ont permis aux malades non seulement la survie, mais encore de voir disparaître le spasme : l'œsophage redevenait perméable, il y avait perméabilité en retour.

Ces considérations établies, nous allons rapidement faire le diagnostic différentiel entre le spasme symptomatique et le spasme idiopathique, l'œsophagisme survenant chez les nerveux.

Cette manifestation de l'hystérie peut aussi s'améliorer et disparaître sous l'influence des antispasmodiques.

Comment éviter l'erreur et comment la distinguer du cancer.

La recherche des stigmates de la névrose, la facilité de la suggestion qui fera disparaître la sténose spasmodique, survenue souvent après une violente émotion ou une vive colère, enfin l'absence de ganglions, pourront dissiper les doutes. L'examen radioscopique viendra affirmer les présomptions établies par l'investigation clinique.

Dans le néoplasme il faudra en outre tenir compte de l'âge, de la teinte spéciale du malade, de son sexe et surtout de la douleur et des ganglions.

Les tumeurs survenant au voisinage de l'œsophage peuvent comprimer ce conduit et donner lieu à la dysphagie. Tels sont les abcès périœsophagiques, les anévrysmes de l'aorte, les ganglions bronchiques hypertrophiés, les affections du médiastin.

Dans ces cas, il est indispensable de faire l'exploration radioscopique du thorax : c'est la meilleure façon de faire un diagnostic certain.

Le diagnostic sera plus difficile lorsqu'il s'agira d'un ulcère simple. Un spasme existe dans ce cas,

actionné par la réaction inflammatoire de la muqueuse œsophagienne.

De grandes hémorrhagies, plus fréquentes dans l'ulcération que dans le carcinome de l'œsophage, l'examen aux rayons X, le manque de ganglions cervicaux et sus-claviculaires pourront servir à lever les hésitations. La douleur est plus vive dans l'ulcus, et de plus ce dernier est encore plus rare que le cancer. L'œsophagoscopie pratiquée par un chirurgien expérimenté peut être très utile dans ce cas.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre tâche, nous devons synthétiser ce qui précède ; il nous faut conclure.

D'après notre exposé nous pouvons dire que :

1. Dans le cancer de l'œsophage, lorsqu'il n'y a pas de poche sus-jacente, il se surajoute, un spasme créant des alternatives dans la dysphagie, et pouvant dans certaines circonstances être la seule manifestation d'un néoplasme latent ;

2° Le spasme, pour des raisons anatomiques et physiologiques, n'occupe pas indifféremment toutes les parties du conduit ; il se limitera au contraire à l'une de ses deux portions extrêmes : on le rencontrera le plus souvent à l'extrémité supérieure ;

3° Sans lui attribuer une place absolument prépondérante, cet élément est important, il faut en tenir compte. Il s'oppose à une alimentation complète et précipite le dénouement fatal par la dénutrition qu'il entraîne. Dans nombre d'exemples, le néoplasme peut rester perméable, suffisamment pour permettre à certaines substances alimentaires, liquides ou semi-liquides, d'aborder l'estomac ;

4° Il peut provoquer des erreurs de diagnostic, faire hésiter, à cause des rémissions trompeuses qu'il

arrive à créer, et retarder ainsi l'opportunité d'une intervention chirurgicale, qui faite en temps opportun, eut permis au malade, en même temps qu'une alimentation suffisante et régulière, un certain degré de survie ;

5° Par les procédés d'investigation clinique que possède le praticien, le diagnostic sera posé d'une façon ferme.

Vu : le Président de la thèse,
LANDOUZY

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BÉHIER. — Confér. Clin., 1861.
- NÉLATON. — Path. chirurg., t. III.
- WIMPFEN. — Th. Strasbourg, 1850.
- VERNEUIL. — Dict. encyclopédique, t. V, 3^{me} série.
- MORELL MACKENZIE. — The Lancet, 1874, et Medical Times and Gazette, 1876.
- BERNHEIM. — Dict. encyclopédique des sciences médicales, t. XIV, deuxième série, seconde partie.
- MONDIÈRES. — Archives gén. de méd., t. III, 2^e série, 1833.
- MARCHAND (G.). — Thèse Paris, 1880.
- DEROIDE. — Th. Lille, 1879.
- DUPONCHELLE. — Th. Lille, 1884.
- BERTRIN (Ludovic). — Th. Paris, 1885.
- SENEY (Alphonse). — Th. Paris, 1873.
- EMMEREY DE CHARMOY (D). — Thèse Paris, 1885-86.
- MUNIER (L.). — Th. Bordeaux, 1898.
- DUPLAY (S.). — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1900.
- FORGUE. — Précis de Pathologie externe.

HARTMANN. — In traité de chirurgie de S. Duplay et Reclus.

GANGOLFE. — In traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

HEDON. — Physiologie.

POIRIER. — Traité d'anatomie.

TESTUT. — Traité d'anatomie.

JORES D'ARCES. — Thèse Paris, 1903.

FÉVAL (G.). — Thèse Paris, 1901.

DIEULAFOY. — Pathologie interne, 1904.

BOUCHARD. — Traité de Radiologie médicale.

PFLIMLIN. — Thèse Paris, 1885-1886.

BERREZ. — Thèse Paris, 1887-88.

BÉCLÈRE. — Les rayons Rœntgen, dans le diagnostic des
maladies internes.

LACOMBE. — Bulletin et mém. de la Soc. de méd., 13 mars 1885.

COUR. — Thèse de Paris (1885).

208

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

